

Condițiile generale ale contractului de asigurare de grup Respect

Art. 1. Prevederi introductive

Prezentele condiții contractuale sunt aferente produsului de asigurare *Respect* oferit de Eurolife FFH Asigurări de Viață și se aplică pe toată durata valabilității contractului.

Pentru clarificări sau informații suplimentare, vă stăm la dispoziție la telefon 031 423 00 80, e-mail: asigurari@eurolife-asigurari.ro sau la adresa de corespondență: Eurolife FFH Asigurări de Viață, Strada Vasile Lascăr 31 – Lascăr 31 Business Center, 2, Etaj 10 și 11, sector 2, 020492, București.

Contractul de asigurare Respect se încheie cu Eurolife FFH Asigurări de Viață și cuprinde următoarele documente:

- Oferta de asigurare
- Cererea de Asigurare
- Condițiile Generale și Suplimentare ale contractului de asigurare;
- Nota de Informare a Persoanelor Vizate cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în baza Regulamentului (UE) 2016/679 și a legislației conexe din România;
- Certificatele de Asigurare (care includ declarația Asiguratului cu privire la includerea în asigurare și prelucrarea datelor speciale cu caracter personal);
- Polița de asigurare și eventuale acte adiționale încheiate între părți.

Art. 2. Principalii termeni folosiți în cadrul prezentelor Condiții și definițiile acestora

2.1. **Accident:** Orice eveniment imprevizibil, violent și independent de voința Asiguratului, care îi produc acestuia vătămări corporale ca urmare a acțiunii bruște a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici) sau chimici. În baza contractului de grup sunt acoperite numai accidentele produse în perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

Infecțiile de orice fel (virale, bacteriene, fungice etc.) și accidentul vascular cerebral nu sunt considerate a fi accidente în accepțiunea prezentelor condiții de asigurare și nu vor fi despăgubite.

2.2. **Asigurat:** Persoana fizică ce îndeplinește toate criteriile de acceptare și este preluată în asigurare de către Asigurător. Asigurat poate fi angajatul Contractantului sau persoana asimilată angajatului și, opțional, dependentii acestuia.

2.3. **Asigurător:** Eurolife FFH Asigurări de Viață, denumită în cele ce urmează Eurolife sau Asigurator.

2.4. **Beneficiar:** Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în cazul producerii Evenimentului asigurat, respectiv Asiguratul pentru toate riscurile asigurate, cu excepția decesului din accident și a decesului din orice cauză pentru care beneficiarii sunt moștenitorii Asiguratului.

2.5. **Certificat de asigurare:** Document care confirmă preluarea în asigurare a unei persoane, emis de către Asigurator fiecărui asigurat în temeiul contractului de asigurare de grup.

2.6. **Contractant:** Persoana juridică ce încheie contractul de asigurare și se obligă să plătească prima de asigurare.

2.7. **Data de intrare în vigoare:** Data începerii preluării riscului producerii Evenimentului asigurat de către Asigurător.

2.8. **Declarația Asiguratului:** Document anexă la Certificatul Individual de Asigurare prin care Asiguratul își exprimă individual consimțământul cu privire la introducerea sa în asigurare, respectiv cu privire la producerea efectelor Contractului de Asigurare în ceea ce privește viața, starea de sănătate și integritatea sa corporală, consimțind la declarațiile Contractantului privind îndeplinirea Condițiilor de eligibilitate și își exprimă opțiunea cu privire la identitatea Beneficiarilor.

2.9. **Dependent:** Membrul familiei angajatului sau persoanei similare angajatului, respectiv sotul/sotia/partenerul de viață/copiii/parintii.

2.10. **Eveniment asigurat:** Eveniment produs ca urmare a unui risc asigurat, pe durata Perioadei de valabilitate a Contractului de asigurare, în urma căruia Beneficiarul are dreptul de a primi Indemnizația de asigurare, conform prezentelor condiții.

2.11. **Imbolnavire:** Modificarea organica sau functionala a starii de sanatate, diagnosticata ca atare de un medic de specialitate.

2.12. **Indemnizația de asigurare:** Suma de bani plătită Beneficiarului de către Asigurător în cazul producerii evenimentului asigurat.

2.13. **Luna de asigurare:** Fiecare termen de 1 luna calendaristica, ce se calculează de la Data intrării în vigoare a Poliței de asigurare.

2.14. **Perioada de grație:** Perioada de timp în care Contractul de asigurare este valabil, chiar dacă prima de asigurare nu a fost plătită în termenele menționate în Poliță.

2.15. **Perioada de valabilitate a Contractului de asigurare:** Perioada de timp în care rămân valabile raporturile de asigurare

dintre Contractantul asigurării și Asigurător, așa cum au fost ele stabilite în contractul de asigurare.

2.16. Perioada de așteptare: 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data de includere în grupul asigurat, perioadă în care se va acoperi riscul asigurat, numai în cazul unui accident. Pentru asigurările suplimentare, perioadele de așteptare sunt menționate în condițiile specifice.

2.17. Polița de asigurare: Document emis de Asigurător care confirmă încheierea contractului de asigurare.

2.18. Prima de asigurare: Costul asigurării pe care Contractantul trebuie să îl achite la scadențele menționate în Polița de asigurare, astfel încât contractul de asigurare să fie valabil.

2.19. Suma asigurată: Suma menționată în Polița de asigurare care reprezintă valoarea maximă a indemnizației de asigurare ce poate fi plătită Beneficiarului în cazul producerii evenimentului asigurat.

Art. 3. Obiectul asigurării este reprezentat de viața și sănătatea Asiguratului.

Art. 4. Criteriile de acceptare în asigurare

Este eligibilă pentru a fi preluată în asigurare persoana fizică ce îndeplinește cumulativ următoarele criterii:

- a) Are vârsta, la data preluării în asigurare, cuprinsă între 16 și 64 ani. Pentru Dependenți, vârsta maximă este de 64 de ani pentru adult și 18 ani pentru copil la momentul încheierii contractului, iar pentru Dependenții minori, vârsta minimă este de 1 an.
- b) Angajatul sau persoana asimilată Angajatului este activă și prezentă la locul de muncă la data preluării în asigurare; cerința activ și prezent la locul de muncă este îndeplinită dacă la data preluării în asigurare angajatul Contractantului este apt și îndeplinește atribuțiile specifice funcției deținute.

Art. 5. Care sunt Riscurile asigurate

Riscurile asigurate prin contractul de asigurare Respect și definite în condițiile generale și specifice sunt

- A. Asigurarea de bază, obligatorie în schema de beneficii: Decesul din orice cauză (îmbolnăvire sau accident)
- B. Asigurările suplimentare (optionale), care pot fi atasate asigurării de bază:
 - Decesul ca urmare a unui accident
 - Invaliditatea parțială permanentă din îmbolnăvire și accident
 - Invaliditatea parțială permanentă ca urmare a unui accident
 - Spitalizarea din îmbolnăvire și accident
 - Spitalizarea ca urmare a unui accident
 - Intervenție chirurgicală din îmbolnăvire și accident
 - Intervenție chirurgicală ca urmare a unui accident
 - Incapacitatea temporară de muncă din îmbolnăvire și accident
 - Incapacitatea temporară de muncă din accident
 - Convalescența post-spitalizare din îmbolnăvire și accident
 - Convalescența post-spitalizare ca urmare a unui accident
 - Fracturi
 - Arsuri
 - Imobilizarea în aparat gipsat
 - Cheltuieli medicale ca urmare a unui accident
 - Cheltuieli medicale din îmbolnăvire și accident
 - Afecțiuni grave
 - Pachetul de screening oncologic
 - Telemedicină

Art. 6. Informații privind derularea contractului

6.1. Durata contractului. Contractul de asigurare are o durată de 1 an. Data expirării este menționată în Polița de asigurare.

6.2. Intrarea în vigoare a Contractului de asigurare. Acoperirea riscului pentru Asigurați/Dependenți începe la ora 00.00 a zilei emiterii Poliței de asigurare, cu condiția încasării integrale a primei inițiale de asigurare în termen de 5 zile lucrătoare de la data emiterii Poliței. Pentru Asigurații/Dependenții care sunt adăugați în asigurare ulterior pe parcursul derulării contractului,

 T: (+ 40) 31 423 00 80; F: (+ 40) 31 418 40 84  www.eurolife-asigurari.ro  asigurari@eurolife-asigurari.ro

acoperirea prin asigurare incepe conform articolului 6.3 de mai jos.

6.3. Modificări contractuale. Pe parcursul perioadei de valabilitate a contractului de asigurare, Contractantul poate solicita scoaterea/adăugarea de Asigurați prin transmiterea unei solicitări scrise către Asigurator. Solicitarea scrisă trebuie să fie primită de Asigurator cu cel puțin 5 zile lucrătoare înainte de scadența pentru care se doresc modificările. Asiguratorul va emite Certificate de asigurare individuale pentru Asigurații adăugați în contract.

Pentru Asigurații adăugați, acoperirea contractuală va intra în vigoare în prima zi a scadenței următoare, însă nu mai devreme de ora 0.00 a zilei în care s-a încasat prima de asigurare actualizată.

Pentru Asigurații care ies din asigurare, acoperirea contractuală va înceta la ora 0.00 a ultimei zile calendaristice conform scadenței curente.

Părțile pot conveni prelungirea pe perioade succesive de câte un an. Noile condiții ale Asigurării de viață de grup (noua primă de asigurare, posibilele schimbări ale riscurilor asigurate sau sumelor asigurate) se vor regăsi într-o nouă Poliță de Asigurare.

6.4. Înțetarea / denuntarea contractului

Contractul de asigurare poate înceta în următoarele cazuri:

- a) la ora 00:00 a datei de expirare a acestuia, dată prevăzută în Poliță;
- b) pentru neplata sau plata parțială a primelor de asigurare conform prevederilor prezentelor Condiții de asigurare;
- c) în cazul nerespectării obligațiilor contractuale de către una dintre părți;
În cazul în care oricare parte nu își îndeplinește obligațiile din contractul de asigurare, cealaltă parte poate rezilia de drept contractul, fără nicio altă formalitate, pe baza unei notificări scrise, trimise cu confirmare de primire prin curier, cu un preaviz de cel puțin 30 de zile lucrătoare înainte de data încetării. Data de la care curge perioada de preaviz reprezintă data primirii notificării de reziliere. În perioada de preaviz, partea în culpa va lua toate măsurile necesare în scopul remedierii situației. În cazul în care situația nu este remediată, la terminarea acestei perioade contractul de asigurare va înceta să producă efecte juridice;

Pentru fiecare Asigurat acoperirea prin asigurare va înceta în următoarele cazuri:

- a) la data încetării contractului de asigurare;
- b) la data decesului Asiguratului; situație în care acoperirea Dependenților va înceta;
- c) la data încetării relației contractuale dintre Contractant și Asigurat.
- d) în cazul prezentării Asiguratorului de către Asigurat a unor documente sau declarații false/incomplete/incorecte;
- e) în cazul în care Asiguratul este menționat în Listele oficiale ale persoanelor fizice și/sau juridice suspecte de săvârșirea sau finanțarea actelor de terorism. În această situație iar Asiguratorul nu va efectua niciun retur de primă și nu va plăti nicio Indemnizație de asigurare.

6.5. Obligațiile Contractantului

Contractantul asigurării este obligat să:

- a) furnizeze Asiguratorului următoarele documente:
 - Certificatul de înregistrare al firmei la Registrul Comerțului;
 - Imputernicire pentru persoana care reprezintă societatea, dacă aceasta nu este reprezentantul legal;
 - Lista Asiguraților și modificările ulterioare ale acesteia;
- b) achite prima de asigurare la datele scadente și în sumele specificate în Poliță de Asigurare;
- c) puna la dispoziția Asiguratului toate informațiile privind contractul de asigurare, inclusiv orice modificări aparute pe durata contractului de asigurare și să transmită Asiguraților/Dependenților următoarele documente:
 - Certificatul de asigurare,
 - condițiile contractuale de asigurare,
 - nota de informare GDPR,
 - declarația anexată la Certificatul de asigurare și care trebuie semnată și completată de către fiecare Asigurat, prin care acesta își exprimă opțiunea cu privire la:
 - acceptul de a fi inclus în contractul de grup și cu privire la prelucrarea de către Eurolife FFH Asigurări de Viață a datelor de sănătate ale acestuia sau
 - refuzul de a fi inclus în contractul de grup
- d) să transmită către Eurolife, în termen de 30 de zile calendaristice de la încheierea contractului, declarația Asiguraților/Dependenților care refuză includerea lor în contractul de asigurare de grup. În cazul în care Contractantul nu

transmite în scris declarația Asiguraților/Dependenților în termenul indicat, Asiguratorul prezumează ca toți Asigurații și-au exprimat acordul cu privire la includerea în contractul de grup și prelucrarea datelor de sănătate.

Art. 7. Cazuri de evaluare medicală individuală a asiguraților

Asiguratorul își rezervă dreptul de a solicita persoanelor eligibile completarea unor declarații de sănătate/ chestionare medicale sau efectuarea unor examinări/investigații medicale, respectiv prezentarea de documente medicale personale, anterioare includerii în asigurare.

În urma analizei privind starea de sănătate, Asiguratorul poate decide următoarele:

- a) Includerea în grup a Asiguratului în condiții standard;
- b) Includerea în grup a Asiguratului în condiții de asigurare diferite de cele aplicabile celorlalți membri ai grupului, cum ar fi: prima de asigurare modificată, impunerea unor excluderi, sume asigurate diferite etc.;
- c) Refuzul preluării în asigurare a respectivei persoane;
- d) Amânarea acceptării în asigurare până la o reevaluare medicală a cărei dată va fi stabilită de Asigurator.

Art. 8. Prima de asigurare

8.1. Contractantul este răspunzător pentru plata primelor de asigurare, la scadențele menționate în Polița de asigurare. În cazul în care prima de asigurare scadentă nu este încasată integral, contractul de asigurare se considera neplătit. Plățile primelor de asigurare vor fi considerate a fi efectuate în momentul încasării acestora.

Prima de asigurare se va regulariza în urma solicitării Contractantului de ieșire/adaugare de Asigurați. Regularizarea primelor de asigurare se va efectua astfel: în cazul creșterii primei de asigurare va fi necesară achitarea unui supliment în termen de 5 zile de la emiterea decontului de plată, iar în cazul scaderii primei de asigurare diferența va fi dedusă din următoarea primă. Orice diferență rămasă de returnat de către Asigurator la încetarea contractului, va fi achitată în termen de maxim 5 zile de la data încetării.

În calculul primelor, Asiguratorul folosește date statistice referitoare la frecvența de apariție a evenimentelor. Asiguratorul își rezervă dreptul de a modifica valoarea primei de asigurare atunci când există condiții obiective care afectează portofoliul de contracte de tip Respect. Noua primă va intra în vigoare de la următoarea reînnoire, cu notificarea prealabilă Contractantului.

8.2. Întârzierea plății primelor de asigurare.

În cazul în care Contractantul nu achită primele de asigurare la scadență, Asiguratorul acordă o perioadă de grație de 10 de zile pentru plata acestora. În această perioadă riscurile asigurate sunt acoperite.

În cazul în care primele nu sunt plătite în perioada de grație, Asiguratorul va suspenda acoperirea riscului de la data expirării perioadei de grație. Acoperirea poate fi repusă în vigoare într-o perioadă de maximum 90 de zile de la cea mai veche scadență neachitată, prin plata retroactivă a primelor de asigurare.

La împlinirea a 90 de zile de la cea mai veche scadență neachitată, Asiguratorul va rezilia contractul de asigurare, fără altă înștiințare prealabilă. După rezilierea contractului nu mai este posibilă repunerea acestuia în vigoare.

Art. 9. Cum se procedează în cazul unui Eveniment asigurat

9.1. Anunțarea Evenimentului asigurat.

Asiguratorul va fi înștiințat în scris, în termen de 30 de zile calendaristice, despre producerea Evenimentului asigurat. Asiguratorul își rezervă dreptul de a investiga circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asiguratorului următoarele documente:

- (a) documente emise de autoritățile competente care să ateste producerea Evenimentului asigurat: copie legalizată a certificatului de deces, copia certificatului medical constatator al decesului;
- (b) copia actului de identitate a persoanei de contact privind dosarul de despăgubire;
- (c) copie a unui act de identitate al fiecărui Beneficiar, datată și semnată în original de Beneficiar;
- (d) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din Imbolnavire: fișa de consultație medicală emisă de către medicul de familie, bilete de ieșire din spital/ Investigații paraclinice/ alte documente medicale;
- (e) documente care să ateste producerea Evenimentului asigurat din Accident: documente eliberate de autoritățile competente care să ateste circumstanțele producerii accidentului, valoarea alcoolemiei (dacă a fost impusă prin lege), precum și concluziile finale ale anchetei;

- (f) informațiile bancare ale fiecărui Beneficiar (număr de cont, banca, sucursala), datate și semnate conform cu originalul de către fiecare Beneficiar;
- (g) orice alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

Dacă Beneficiarul refuză să furnizeze Asigurătorului informațiile și documentele solicitate, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.

În cazul în care documentele justificative sunt eliberate în afara teritoriului României, în altă limbă, acestea vor fi trimise în copie, împreună cu traducerea legalizată în limba română. Traducerea legalizată trebuie să fie trimisă Asigurătorului în original.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga pe cont propriu circumstanțele de producere a evenimentului asigurat, în scopul determinării obligației sale de plată.

Dacă Evenimentul Asigurat este cauzat de un act intenționat al Beneficiarului, împotriva căruia care s-a pronunțat o sentință penală definitivă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației către Beneficiar. Pe cale de consecință, plata se va face către ceilalți moștenitori legali ai Asiguratului, în conformitate cu legislația română în vigoare referitoare la succesiune. Până la pronunțarea unei hotărâri definitive Asigurătorul poate suspenda obligația de plată.

9.2. Indemnizația de asigurare

9.2.1. Indemnizația de asigurare în caz de deces este platibilă Beneficiarului după producerea Evenimentului asigurat și este egală cu Suma asigurată prevăzută în Polița de Asigurare.

Pentru ca indemnizația de asigurare să fie plătită de Asigurător este necesar ca primele de asigurare aferente contractului de asigurare să fie plătite la zi sau contractul să fie în perioada de grație la momentul producerii Evenimentului asigurat, Accidentul sau Imbolnavirea ce cauzează producerea Evenimentului asigurat să se fi produs, respectiv să fi fost diagnosticată pe perioada de valabilitate a acoperirii contractuale a Asiguratului, iar Evenimentul asigurat să nu fie exclus de la plata indemnizației.

9.2.2. Indemnizațiile de asigurare convenite pentru orice risc asigurat, cu excepția Decesului, au caracter personal și se plătesc Asiguratului. În cazul Decesului Asiguratului, Indemnizația de asigurare se plătește moștenitorilor legali îndreptățiți să o primească.

9.3. Termenele de plată a indemnizației de asigurare. Indemnizația se plătește într-un termen de 10 zile calendaristice de la data aprobării dosarului de despăgubire de către Asigurător. Plata Indemnizației de asigurare va fi efectuată către Beneficiar, doar prin virament bancar, în România și în lei. Pentru Dependenții minori plata se va face în contul părintelui sau reprezentantului legal al acestuia.

Dacă pentru accidentul în cauză s-a început o anchetă sau procedură penală, Asigurătorul are dreptul să amâne plata Indemnizației de asigurare, până la finalizarea anchetei sau procedurii.

Art. 10. Când nu se plătește despăgubirea (Excluderi)

Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în următoarele situații:

- 10.1. În cazul în care Asiguratul, Contractantul sau Beneficiarul au furnizat declarații false/incorecte/incomplete.
- 10.2. În cazul în care Evenimentul este cauzat direct sau indirect de război (declarat sau nu), invazie, acțiuni ale altor state, ostilități sau operațiuni similare unui război (fie că războiul a fost declarat sau nu), terorism, război civil, răscoală, mișcare socială de proporțiile unei răscoale, revoltă militară, insurecție, rebeliune, revoluție, lovitură de stat sau instaurarea unei dictaturi militare, declararea legii marțiale sau a stării de asediu, precum și participarea activă la acte de violență sau sabotaje;
- 10.3. În cazul în care Evenimentul asigurat se produce în zone de conflict sau embargou internațional;
- 10.4. În cazul în care Evenimentul asigurat se produce în țări cu risc ridicat, conform alertelor de călătorie emise de Ministerul Afacerilor Externe;
- 10.5. În cazul în care Evenimentul asigurat este cauzat de către orice fel de reacție nucleară sau radioactivitate;
- 10.6. În cazul în care Evenimentul asigurat are loc ca urmare a participării Asiguratului la săvârșirea oricărei contravenții/infracțiuni (autor, coautor, instigator sau complice), așa cum sunt acestea definite de Codul Penal în vigoare sau de alte legi speciale, precum și în timpul sustragerii de la cercetarea/urmărirea penală pentru asemenea fapte;
- 10.7. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a suicidului, tentativei de suicid, acțiunii de auto-vătămare, indiferent de starea de sănătate psihică și psihologică a Asiguratului;

T: (+ 40) 31 423 00 80; F: (+ 40) 31 418 40 84 www.eurolife-asigurari.ro asigurari@eurolife-asigurari.ro

10.8. În cazul în care Evenimentul asigurat are loc din cauza participării la activități periculoase sau practicării de către Asigurat a unor sporturi periculoase de orice natură și indiferent de forma de manifestare (concursuri, demonstrații, antrenamente), precum: alpinism (inclusiv drumetii la înalțimi mai mari de 4.000 metri), cataratul pe gheata, ski extrem, snowboarding extrem/acrobatic, coborare extrema cu bicicleta, calarie, parașutism, scufundări, rafting, bob (bobsleigh), sanie (skeleton), speologie, sărituri cu coarda elastică, surf și windsurf, parapantă, planorism, vânătoare, arte marțiale, acrobație, cascadorie, sporturi extreme, box sau alte sporturi de contact asemenea, practicarea de sporturi care implică/folosesc aparate de zbor, vehicule cu motor, participarea ca pilot, copilot sau ocupant al unui loc în autovehicule care participă la curse, angajarea în curse de zbor, altele decât cele operate de companiile aeriene pentru pasageri;

10.9. În cazul participării Asiguratului la acțiuni hazardate, prin acestea înțelegându-se activități care implică riscuri sau la care Asiguratul a participat, deși acesta nu dispunea de cunoștințele, mijloacele sau pregătirea necesare îndeplinirii lor, cum ar fi (cu titlu exemplificativ și nu limitativ): schimbarea/repararea instalației electrice, manevrarea necorespunzătoare a unor aparate, conducerea autovehiculului fără permis de conducere, fără abilitatea legală a conducerii acelei categorii de autovehicule, pe perioada suspendării permisului de conducere sau conducerea sub influența băuturilor alcoolice, practicarea de sporturi sau hobby-uri în condiții de nesiguranță care pun viața în pericol, manipularea armelor, a substanțelor explozive, inflamabile și/sau toxice, în lipsa unei calificări de specialitate corespunzătoare, etc.;

10.10. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a consumului de alcool, a utilizării unor medicamente sau substanțe cu efect psihoactiv, narcotice sau tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă, consumului de droguri sau altor substanțe care crează dependență;

10.11. În cazul în care Asiguratul suferă de boli neuro-psihicediagnosticate ca atare de către un medic de specialitate, iar evenimentul asigurat a fost cauzat direct sau indirect de către acestea;

10.12. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a manipulării armelor, a substanțelor explozive, inflamabile și/sau toxice de către Asigurat, în lipsa unei calificări de specialitate corespunzătoare;

10.13. În cazul în care Evenimentul asigurat se produce din cauza unor afecțiuni medicale deja existente la data intrării în vigoare a acoperirii contractuale. Prin afecțiune pre-existentă se înțelege o afecțiune fizică sau psihică cunoscută, de care Asiguratul a suferit sau pentru care a fost consultat sau a primit tratament medical (inclusiv prescrierea de medicamente) înainte de data începerii acoperirii prin prezentul contract de asigurare;

10.14. Nerespectarea de către Asigurat a recomandărilor și/sau tratamentului indicat de medicul său curant pentru tratarea deficiențelor fizice sau functionale aparute ca urmare a imbolnavirii sau accidentului;

10.15. În cazul în care evenimentul asigurat a fost determinat de orice boală infecțioasă, indiferent de modul de transmitere, cu excepția complicațiilor infecțioase ale plăgilor post-traumatice;

10.16. În cazul în care Evenimentul asigurat are loc ca urmare a practicării unei ocupații cu grad ridicat de risc în: industria extractivă (minerit, petrol și gaze, inclusiv platforme petroliere), pescuitul industrial, sportul profesionist, pompieri, forțe armate (terestre, aeriene, navale), marina comercială, acrobați la circ, cascadori;

10.17. În cazul evenimentelor determinate de participarea la experimente medicale, studii clinice, declarate sau nu ca atare;

10.18. În cazul evenimentelor produse de nefolosirea sau neîntreținerea echipamentelor de siguranță

10.19. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a infecției cu HIV (virusul imuno-deficienței umane), ca urmare a SIDA (sindromul imuno-deficienței dobândite) sau ca urmare a unor afecțiuni favorizate de prezența infecției cu HIV sau de SIDA;

10.20. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a unor epidemii sau pandemii;

10.21. În cazul în care Evenimentul asigurat s-a produs ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni diagnosticate anterior datei intrării în vigoare a acoperirii contractuale.

Art. 11. Alte informații despre asigurare

11.1. Valoarea de răscumpărare și participarea la profit. Acest tip de contract de asigurare nu are valoare de răscumpărare. De asemenea, contractul nu beneficiază de bonusuri sau participare la profit, nici de sumă asigurată redusă.

11.2. Legislația aplicabilă. Contractul de asigurare este guvernat de legislația română în vigoare.

11.3. Prevederi din legislația fiscală. Primele de asigurare nu sunt purtătoare de TVA. În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează.

11.4. Comunicarea între părți. Orice notificare, solicitare și, în general, toate comunicările efectuate între părți în legătură cu contractul de asigurare vor fi efectuate în scris și vor fi comunicate fie prin scrisori, fie prin e-mail. Asiguratul își rezervă dreptul de a menține o comunicare transparentă cu clienții și prin SMS.

Asigurătorul este obligat să accepte cu efect juridic documentele care i-au fost trimise în vederea încheierii contractului sau ulterior intrării lui în vigoare, numai dacă au fost prezentate în formă scrisă, în original. Respectivele documente au efect juridic numai dacă se face dovada că au fost recepționate de Asigurător.

Contractantul are obligația să informeze Asigurătorul în scris în legătură cu orice modificare a datelor personale și de contact, pentru sine sau Asigurați, în termen de 30 de zile calendaristice. În caz contrar, Asigurătorul este îndreptățit să trimită toată corespondența la ultima adresă cunoscută.

Contractantul este de acord ca orice modificare a datelor de identificare ale Eurolife, cum ar fi, dar nelimitat la denumire, forma juridică, sediul social, telefon sau orice alte date de identificare, să fie aduse la cunoștința acestuia prin menționarea acestora pe pagina de web a Eurolife FFH Asigurări de Viață (www.eurolife-asigurari.ro).

Toate informațiile și/sau rapoartele pe care Eurolife FFH Asigurări de Viață trebuie să le publice conform cerințelor legislației în vigoare sunt și/sau vor fi disponibile pentru consultare pe pagina de internet a Asigurătorului: www.eurolife-asigurari.ro.

11.5. Competența instanțelor de judecată. Toate litigiile decurgând din sau în legătură cu Contractul de asigurare vor fi soluționate de instanțele competente române.

11.6. Soluționarea petițiilor. Orice nemulțumire din partea Contractantului și/sau a Asiguratului va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest scop, nemulțumirea va fi formulată în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare către Asigurător ori prin intermediul aplicației de “Sugestii și Reclamații” de pe site-ul www.eurolife-asigurari.ro. Petiția (inclusiv în cazul în care aceasta este în formă electronică) trebuie să conțină cel puțin următoarele date de identificare: numele/prenumele și CNP-ul petentului. Eurolife FFH Asigurări de Viață va răspunde petentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării la sediu a reclamației. Dacă din punctul de vedere al petentului, răspunsul Asigurătorului nu răspunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri, în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În cazul în care nu este posibilă soluționarea cazului pe cale amiabilă, petentul se poate adresa și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF).

11.7. Soluționarea alternativă a litigiilor. De asemenea, în cazul în care nu s-a reușit soluționarea petiției pe cale amiabilă, aveți dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor prin intermediul SAL-FIN, care organizează și administrează proceduri de soluționare alternativă a litigiilor prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Prezenta prevedere nu va constitui o restrângere a dreptului Contractantului și/sau a Asiguratului de a recurge la procedurile judiciare legale. Pentru mai multe detalii puteți consulta prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.

11.8. Fondul de Garantare. În vederea protejării Beneficiarilor asigurării, prin contribuția Asigurătorilor (inclusiv a Eurolife FFH Asigurări de Viață), în baza prevederilor legale în materie (Legea 213/2015), s-a constituit Fondul de Garantare. Sumele acumulate sunt destinate plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, în cazul constatării insolvenței Asiguratului, conform prevederilor legale.

11.9. Protecția datelor cu caracter personal. Datele cu caracter personal (inclusiv informațiile cu caracter medical) furnizate de către Contractant și/sau Asigurat vor fi prelucrate de către Asigurator cu respectarea prevederilor de Regulamentului general privind protecția datelor 679/2016. Informații detaliate cu privire la categoriile de date prelucrate, destinatarii, drepturile persoanelor vizate, scopurile în care sunt prelucrate datele cu caracter personal, precum și transferul acestor date se regăsesc în cadrul Certificatului de asigurare.

Prezentele Condiții Contractuale intră în vigoare și se aplică contractelor încheiate începând cu data de 01.07.2024.